



آزمایشگاه پاتوبیولوژی و ژنتیک آینده

## پرسشنامه آزمایش HLA typing

محدوده توزیع: ژنتیک/ نمونه گیری

شماره سند: ۲۱-۱۱-۵۴  
تاریخ تهیه سند: ۱۴۰۲/۶/۱۶  
تاریخ آخرین ویرایش: ۱۴۰۲/۶/۱۶  
ویرایش: A

شماره پذیرش آزمایشگاه ارجاع:		تاریخ مراجعه: ..... / ..... / .....	
نام پدر:	نام خانوادگی:	کد ملی:	نام و نام خانوادگی:
نام مادر:	تاریخ تولد: ..... / ..... / .....	تاریخ تولد:	محل تولد:
نام پزشک:	نوع بیماری:	شماره تماس:	شماره تماس:
سابقه سقط و بارداری:	گروه خون:	تاریخ تزریق خون: ..... / ..... / .....	تاریخ تزریق خون: ..... / ..... / .....
سابقه دیالیز: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	سابقه شیمی درمانی: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	سابقه پیوند: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	سابقه پیوند: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
تاریخ آخرین دیالیز: ..... / ..... / .....	تاریخ شیمی درمانی: ..... / ..... / .....	تاریخ پیوند: ..... / ..... / .....	تاریخ پیوند: ..... / ..... / .....
نسبت خونی پدر و مادر:	نسبت تنی با مادر: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	نسبت تنی با پدر: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	نسبت تنی با پدر: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
آدرس:			

فرد گیرنده پیوند

**\* نکته قابل توجه:** اگر خود بیمار (گیرنده پیوند) این آزمایش را قبلا انجام داده، ارسال برگه جواب بیمار الزامی است.

نام و نام خانوادگی:		کد ملی:	
محل تولد:		تاریخ تولد: ..... / ..... / .....	
نسبت با فرد گیرنده:		نام پدر: ..... نام مادر: .....	
تنی <input type="checkbox"/> ناتنی <input type="checkbox"/>		جنسیت: مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> نسبت خونی پدر و مادر:	
نام و نام خانوادگی:		کد ملی:	
محل تولد:		تاریخ تولد: ..... / ..... / .....	
نسبت با فرد گیرنده:		نام پدر: ..... نام مادر: .....	
تنی <input type="checkbox"/> ناتنی <input type="checkbox"/>		جنسیت: مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> نسبت خونی پدر و مادر:	
نام و نام خانوادگی:		کد ملی:	
محل تولد:		تاریخ تولد: ..... / ..... / .....	
نسبت با فرد گیرنده:		نام پدر: ..... نام مادر: .....	
تنی <input type="checkbox"/> ناتنی <input type="checkbox"/>		جنسیت: مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> نسبت خونی پدر و مادر:	

فرد اهداکننده ۱

فرد اهداکننده ۲

فرد اهداکننده ۳

**توجه:** نمونه مورد نیاز جهت انجام آزمایش HLA typing خون تام روی EDTA می باشد.

- بیمار می بایست حداقل ۱۰ روز قبل از انجام آزمایش خون کامل دریافت نکرده باشد. دریافت RBC PC و Platelet بلامانع است.
- مهم است قبل از انجام آزمایش HLA شمارش WBC کنترل شود تا بیشتر از ۲۰۰۰ میکرولیتر باشد.

**نکات مهم:**

۱. تکمیل کلیه موارد ستاره دار در خصوص مشخصات گیرنده و دهنده الزامی است.
۲. اگر بیمار سابقه انجام دیالیز دارد قید شود (برای بیمارانی که نارسایی کلیوی دارند به نحوی زمان خونگیری تنظیم گردد که حداکثر زمان ۴۸ ساعت از آخرین دیالیز گذشته باشد).
۳. تاکید می گردد که نسبت واقعی فرد اهدا کننده با فرد گیرنده پیوند در قسمت مربوطه درج گردد.
۴. نسبت خونی پدر و مادر در صورت مثبت بودن حتما قید شود بعنوان مثال (پسردایی، دخترعمه- پسرعمو، دخترخاله، پسرخاله، دخترخاله و نوه عمه و.....)

نام و نام خانوادگی فرد تکمیل کننده فرم:

امضا: